

fantile (canalicules séminifères bien développés, dépourvus de spermatozoïdes et séparés par du tissu conjonctif abondant), ou bien il n'offre rien qui ressemble à la structure normale. FOLLIN a trouvé dans l'albuginée de la graisse et des vaisseaux veineux. Dans le premier cas, un développement ultérieur est encore possible, ainsi que WILSON l'a constaté, chez un jeune homme de 26 ans, dont les organes génitaux infantiles arrivèrent à leur volume normal, au bout de deux ans de mariage.

L'**hyperplasie du testicule** est assez souvent observée; elle est unilatérale ou bilatérale. Les testicules les plus volumineux sont ceux que l'on rencontre d'un seul côté, alors que le testicule du côté opposé est atrophié. PAGE trouva chez un monorchide un testicule pesant 71 grammes (le poids normal étant de 18 à 26 grammes, d'après HENLE).

Parmi les **anomalies de position**, on distingue les situations anormales du testicule descendu dans le scrotum : c'est l'**inversion du testicule**; en second lieu, les cas dans lesquels le testicule a opéré sa descente mais n'est pas arrivé dans le scrotum (**ectopie testiculaire**), et enfin les cas dans lesquels le testicule n'est pas descendu dans le scrotum, mais s'est arrêté sur un point de son trajet normal, c'est la **rétention du testicule**.

1. L'**inversion du testicule** a une étiologie obscure. LE DENTU admet comme cause une insertion vicieuse du gubernaculum de Hunter. Cette anomalie a une grande importance clinique, au point de vue du diagnostic et du traitement. D'après KOCHER on distingue une rotation autour de l'axe vertical (inversion verticale) et une rotation autour de l'axe horizontal (inversion horizontale).

La rotation, dans l'un et l'autre cas, peut être complète ou incomplète. L'inversion verticale est de beaucoup la plus fréquente; CULLERIER l'a observée une fois sur 15 à 20 cas d'orchite blennorragique; la rotation peut être de 90° ou de 180°.

2. Dans les cas d'**ectopie testiculaire**, on a rencontré le testicule sous la peau de la paroi antérieure de l'abdomen (**ectopie abdominale**), dans la région où se produisent les hernies crurales (**ectopie crurale**), quelquefois avec une hernie concomitante; enfin, sous la peau du périnée (**ectopie périnéale**). KOCHER a trouvé dans la science 13 cas de cette dernière variété d'ectopie. Elle est normale chez quelques espèces animales (porc), et temporaire chez d'autres (époque du rut). L'ectopie du testicule a aussi une certaine importance clinique au point de vue du diagnostic et du traitement. — Quant au traitement de cette anomalie, il se confond avec celui de la rétention testiculaire.

3. La **rétention du testicule** est une anomalie dans laquelle cet organe ne descend pas du tout dans le scrotum, ou s'arrête sur un point quelconque de son trajet. On distingue une **rétention abdominale**, dans laquelle le testicule se trouve appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen; une **rétention iliaque**, dans laquelle cet organe se trouve arrêté dans le voisinage de l'anneau inguinal interne; enfin, une **rétention inguinale**, consistant dans l'arrêt du testicule dans le canal inguinal ou au niveau de l'orifice externe de ce dernier. On peut aussi

diviser simplement les rétentions en abdominales et inguinales. On désigne sous le nom de **cryptorchidie** la rétention bilatérale, et de **monorchidie**, la rétention unilatérale. Cette anomalie de situation est fréquente chez les enfants, mais disparaît souvent avec la croissance. Sur 10,800 recrues, MARSHALL a trouvé 1 cas de cryptorchidie et 11 cas de monorchidie, dont 5 à droite et 6 à gauche. NICOLADONI fait remarquer que, comme on l'a déjà observé autrefois, le testicule non descendu dans le scrotum ou ayant opéré tardivement sa descente, est appendu librement au cordon comme le fruit à son pédoncule; c'est qu'en effet, les parties en question ne sont plus étroitement fixées l'une à l'autre par la courte enveloppe normale du péritoine qui joue le rôle d'un « mésorchium ». C'est pourquoi la torsion du cordon entraîne très facilement, dans ces conditions, des troubles circulatoires considérables dans le testicule (voir § 275). Les causes de rétention testiculaire résident dans des arrêts de développement, dans lesquels l'hérédité joue souvent un rôle, ou dans des obstacles accidentels qui s'opposent à la descente normale du testicule, tels que les adhérences péritonéales et l'application d'un bandage herniaire. A un examen superficiel, il arrive parfois que l'on prend pour une hernie le testicule anormalement situé.

Le testicule arrêté dans sa marche, surtout le testicule inguinal, **s'atrophie souvent** sous la forme d'une dégénérescence graisseuse ou d'une rétraction fibreuse, mais cette altération est loin d'être la règle, comme le prétendait FOLLIN, et elle l'est encore beaucoup moins lorsque la glande est restée dans la cavité abdominale. Le testicule inguinal devient, en outre, facilement le siège d'inflammations, parfois sans cause appréciable, assez souvent à la suite d'un traumatisme ou de la blennorragie. Les phénomènes inflammatoires que nous aurons à décrire plus tard pour le testicule normalement situé, s'observent également dans la cryptorchidie, mais ici la douleur est encore plus vive, et l'on constate au niveau du canal inguinal, l'existence d'une tumeur qui peut être confondue avec une adénite ou une hernie étranglée. Tous les auteurs admettent que la formation de tumeurs testiculaires, et surtout du carcinome, est particulièrement fréquente dans la cryptorchidie; mais il est pour le moins douteux que cette opinion soit justifiée. — Comme nous l'avons dit, cette anomalie de situation s'observe à peu près dans la proportion de 1 : 4000, et, cependant, KOCHER n'a pu recueillir dans toute la littérature médicale, que 53 cas de tumeurs développées dans ces conditions. Pour notre part, nous n'avons observé qu'un seul cas de carcinome médullaire intéressant un testicule inguinal gauche.

Le testicule abdominal n'exige aucun **traitement** particulier. Quant au testicule inguinal, aussi longtemps qu'il est mobile, surtout jusqu'à la puberté, on cherchera à favoriser sa descente dans le scrotum par des tractions et des pressions dirigées de haut en bas (V. LANGENBECK). M. SCHULLER conseille de fixer le testicule inguinal dans le scrotum

par une opération; CHELIUS et ROSENMECKEL avaient déjà antérieurement tenté une semblable opération, mais sans aucun résultat, tandis que SCHULLER aurait opéré ainsi avec plein succès un cas difficile. Après avoir divisé la peau et l'aponévrose, on va à la recherche du testicule dans le tissu sous-péritonéal, et l'on attire à travers l'anneau inguinal externe, soit le testicule lui-même, soit le cordon facile à reconnaître; on divise ensuite les enveloppes musculaire et fibreuse, ainsi que la tunique vaginale, dans une direction longitudinale, après avoir passé par la partie la plus inférieure de cette tunique, une anse de fil servant à la fixer. Enfin, par une incision transversale pratiquée avec de grandes précautions pour ne pas blesser les vaisseaux et les nerfs, on isole et mobilise le cordon, on attire en bas le testicule dans le scrotum ouvert pour le recevoir, et on l'y fixe par plusieurs sutures au catgut intéressant la partie postéro-inférieure de l'organe. On termine l'opération par la suture du prolongement vaginal du péritoine qui, le plus souvent, est resté ouvert, et l'on réunit également en partie l'anneau inguinal externe qui a dû être agrandi. Ce dernier temps de l'opération est le même que dans la cure radicale des hernies (§ 96).

Les affections dont peut être le siège le testicule inguinal, seront, en général, traitées selon les règles que nous aurons à établir plus tard.

Rappelons ici seulement que, par sa position, il est exposé aux causes d'inflammation, qu'il est fréquemment le siège d'altérations morbides diverses, et que, surtout, il perd alors très souvent ses fonctions. Aussi les indications de la castration sont-elles beaucoup plus étendues que lorsque le testicule est normalement situé.

Une autre affection assez fréquente due à un arrêt de développement, c'est l'**hydrocèle congénitale**. A l'état normal, la portion vaginale du péritoine qui accompagne le testicule dans sa descente, s'oblitére dans toute la partie comprise entre cette glande et l'anneau inguinal interne; dans l'hydrocèle congénitale, la soudure ne s'est pas produite, la cavité vaginale reste ouverte complètement ou en partie, et conserve sa communication primitive avec la cavité péritonéale. Le liquide séreux qui est sécrété dans cette dernière, peut ainsi arriver dans la cavité vaginale du testicule, et vice-versa, le liquide de l'hydrocèle peut pénétrer dans la cavité péritonéale, fait qui doit être pris en considération dans le diagnostic et le traitement. Le *canal de communication est de calibre très variable*; parfois il ne laisse passer qu'un cheveu. Vu la réductibilité de la tumeur, celle-ci pourrait être prise pour une hernie; mais elle peut être reconnue grâce à sa transparence et à sa motilité à la percussion; en outre, la réduction de l'hydrocèle, qui s'opère très lentement, se distingue facilement de la rentrée brusque de la hernie, laquelle s'accompagne, en outre, d'un bruit de gargouillement. Lorsque le canal de communication est très large, l'hydrocèle congénitale se complique souvent

de hernie; habituellement, l'intestin occupe alors la partie supérieure, et le liquide la partie inférieure de la tumeur.

L'**hydrocèle congénitale disparaît souvent d'elle-même**. Dans d'autres cas, la soudure des parois n'étant que partielle, il reste de petites cavités séreuses qui sont le point de départ des hydrocèles du cordon que nous décrirons plus tard. Si la tumeur est très volumineuse et gênante, on peut, après avoir refoulé le liquide dans la cavité abdominale, essayer de comprimer le canal inguinal à l'aide d'un bandage herniaire, ou de bandelettes de sparadrap appliquées de façon à exercer une action analogue. Il est préférable d'évacuer le liquide à l'aide d'un trocart désinfecté avec soin; l'irritation produite par une seule ponction, ou, au besoin, par des ponctions répétées, est habituellement suffisante pour provoquer une inflammation adhésive des parois de l'hydrocèle. PITHA fait la ponction à l'aide d'une aiguille; celle-ci étant retirée, le liquide pénètre dans le tissu conjonctif du scrotum. L'œdème ainsi produit, exerce sur le prolongement vaginal du péritoine une compression passagère, il est vrai, mais suffisante pour déterminer l'adhérence des surfaces séreuses. Il *faut absolument rejeter les injections de liquides irritants*, lesquels peuvent très facilement pénétrer dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite mortelle.

## 2. Maladies acquises du scrotum.

§ 267. — 1. Les **lésions traumatiques du scrotum**, sous forme de contusions et de plaies, sont fréquentes. — Les **contusions** sont souvent suivies d'une extravasation sanguine très considérable, au point que l'**hématome** du scrotum peut atteindre le volume d'une tête d'enfant. C'est qu'en effet, le dartos est séparé de la tunique vaginale par un tissu conjonctif très lâche, riche en vaisseaux, tandis que, d'autre part, le scrotum est très extensible. Le sang peut se répandre jusque sous la peau du pénis et de la paroi abdominale; parfois l'épanchement est unilatéral et ne dépasse pas les limites du raphé scrotal. Une tuméfaction régulière des bourses et l'état normal du testicule resté accessible à la palpation, tels sont les signes qui permettent d'assurer le diagnostic. La résorption de l'épanchement s'opère d'habitude spontanément. CURLING conseille de provoquer par le froid la contraction de la tunique dartos, dans le but de favoriser la résorption. Les pansements compressifs, vu la minceur de la peau et sa tendance à la gangrène, ne doivent être employés qu'avec de grandes précautions.

Les **plaies du scrotum** sont souvent contuses et déchirées; plus rarement, elles sont produites par des instruments piquants ou tranchants. Les plaies du scrotum par armes à feu, sans blessure concomitante des testicules, sont assez fréquentes. La **peau, douée d'une**